

Dysfunkcje seksualne mężczyzn nieheteroseksualnych – analiza i krytyka piśmiennictwa

Sexual dysfunctions in non-heterosexual men – literature review

Bartosz Grabski^{1,2}, Krzysztof Kasparek³

¹ Pracownia Seksuologii, Katedra Psychiatrii UJ CM

² Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci
i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

³ Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych UJ

Summary

The paper aims to present results and discuss methodology of research conducted so far on sexual dysfunction in non-heterosexual men, as well as to form suggestions for future research and clinical practice. The present paper is a continuation of our earlier paper, which discussed the specific context of the issue connected with the characteristics of gay sexual orientation and the social situation those men face. There is little research on dysfunctions and sexual problems in non-heterosexual men, and none has been conducted in Poland. The research that has been done is characterized by inconsistent methodology that is far from perfect, and varied results which cannot be compared. There are still many unanswered questions in the field. The issues connected with research that require attention include the choice of samples and their representativeness, and the accuracy of the methods used for identifying sexual dysfunctions. It is also still not clear whether sexual problems occur more often in non-heterosexual than heterosexual men, how non-heterosexual men deal with those problems, and how the problems influence their functioning. Another issue that requires a deeper understanding is the connections between sexual dysfunctions in this group and various aspects of the so-called minority stress, such as internalized homophobia and experiencing discrimination, psychoactive substance abuse, HIV infection, and the sexual and partnership lifestyle.

Słowa kluczowe: dysfunkcje seksualne, homoseksualność, mężczyźni homoseksualni

Key words: sexual dysfunctions, homosexuality, homosexual men

Wstęp

Zagadnienie dysfunkcji seksualnych u mężczyzn heteroseksualnych, jako najczęściej występującej problematyki seksuologicznej, jest stosunkowo często poruszane w piśmiennictwie specjalistycznym. Zupełnie inaczej prezentuje się sytuacja w odniesieniu do tej grupy problemów klinicznych w populacji mężczyzn nieheteroseksualnych (MNH). Literatura fachowa jest tutaj niezwykle uboga. Zagadnienia te nie są rutynowo omawiane w podręcznikach psychiatrii, seksuologii czy terapii seksualnej. Wyjątek stanowią tutaj jedynie wysoce specjalistyczne monografie poświęcone psychologii LGBT lub psychoterapii afirmatywnej dla osób nieheteroseksualnych [1, 2]. Analiza krajowego piśmiennictwa psychiatrycznego i seksuologicznego, opartego na przeglądzie tomów „Psychiatrii Polskiej” i „Seksuologii Polskiej” wydanych w ciągu ostatnich 10 lat, nie ujawniła ani jednej publikacji poświęconej explicite zagadnieniu dysfunkcji seksualnych u MNH. Nieco lepiej prezentuje się sytuacja w piśmiennictwie światowym, na której oparto niniejszy przegląd.

Cel

Celem artykułu jest przedstawienie najważniejszych wniosków płynących z badań nad dysfunkcjami seksualnymi u MNH oraz omówienie użytej metodyki wraz ze wskazaniem głównych wyzwań stojących przed przyszłymi badaczami. Szczegółne cechy seksualności gejowskiej i specyficzny kontekst psychospołeczny, w którym jest ona realizowana, omówiliśmy w innej naszej pracy [3].

Materiał i metody

Wybór piśmiennictwa

Selekcji piśmiennictwa poświęconego zdrowiu seksualnemu MNH dokonano przeszukując internetowe bazy danych PubMed oraz EBSCO. Zakres wyszukiwania obejmował lata 2005–2015. Zastosowano następujące zestawy słów kluczowych: sexual dysfunctions, gay men, sexual dysfunction, homosexuality. Na podstawie powyższych kryteriów wyłonione zostały publikacje, w których poddano ilościowej bądź jakościowej ocenie występowanie dysfunkcji seksualnych lub pokrewnych problemów u MNH. W ten sposób wyłoniono osiem oryginalnych prac badawczych (tab. 1), które przeanalizowano pod kątem zastosowanej metodyki oraz uzyskanych wyników. Na ich podstawie sformułowano wnioski podsumowujące obecny stan wiedzy oraz implikacje dla dalszych badań i praktyki klinicznej.

Tabela 1. Przegląd oryginalnych prac badawczych poświęconych dysfunkcjom seksualnym mężczyzn nieheteroseksualnych

Autorzy	Badani	Definicja orientacji seksualnej	Dysfunkcje seksualne	Metoda diagnozy
Bancroft i wsp., 2005 [4]	HOM, HET	deklaracja tożsamości	ED, PE	autorskie

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Lau, Kim i Tsui, ¹ 2006 [5]	MSM, HET	deklaracja zachowania	ED, PE, LSD, OD, PA, Psex, Usex	NHSLS mod
Lau, Kim i Tsui, 2008 [6]	HOM, BI/HET	deklaracja zachowania	ED, PE, LSD, OD, PA, Psex, Usex,	NHSLS mod
Hirshfield i wsp., 2010 [7]	HOM, BI, HET	deklaracja zachowania, skala Kinseya	ED, PE, LSD, OD, PA, Psex, Usex,	NHSLS
Jern i wsp., 2010 [8]	MSM, HET	deklaracja zachowania	PE, DE	autorskie
Kuyper i Vanwesenbeeck, 2011 [9]	HOM BI, HET	deklaracja preferencji	ED, PE, LSD, OD, PA, Psex, Usex,	QSSD
Vansintean i wsp., 2013 [10]	MSM	skala Kinseya	ED, PE, LSD, SA	EQS, IPE, FSFI, BSFI, G-SAST, IIEF-5
Shindel i wsp., 2012 [11]	MSM	brak danych	ED, PE	IIEF-MSM, PEDT

Autorskie – pytania stworzone przez autorów badań, BI – mężczyźni biseksualni, BSFI – Brief (Male) Sexual Function Inventory, DE – opóźniona ejakulacja, deklaracja tożsamości – mężczyźni deklarowali swoją tożsamość/orientację seksualną, deklaracja preferencji – mężczyźni deklarowali kierunek odczuwanego pociągu seksualnego, deklaracja zachowania – mężczyźni deklarowali, czy w trakcie minionego roku podejmowali czynności seksualne z mężczyznami, ED – problemy z osiągnięciem erekcji, EQS – Erection Quality Scale, FSFI – Female Sexual Function Index, G-SAST – Gay Men Sexual Addiction Screening Test, HET – mężczyźni heteroseksualni, HOM – mężczyźni homoseksualni, IIEF-MSM – International Index of Erectile Function zmodyfikowany do badań MSM, IPE – Index of Premature Ejaculation, LSD – obniżenie popędu seksualnego, MSM – mężczyźni mający seks z mężczyznami, NHSLS mod – zmodyfikowana wersja pytań z NHSLS, NHSLS – bateria pytań wykorzystywana w National Health and Social Life Survey, OD – trudności w osiągnięciu orgazmu, PA – lęk przed niską oceną sprawności seksualnej (tzw. lęk zadaniowy), PE – przedwczesna ejakulacja, PEDT – Premature Ejaculation Diagnostic Tool, Psex – odczuwanie bólu w trakcie stosunku seksualnego, QSSD – Questionnaire for Screening Sexual Dysfunctions, Usex – nieodczuwanie przyjemności podczas seksu

Osoby badane

W sześciu z ośmiu analizowanych opracowań autorzy badali zarówno mężczyzn hetero-, jak i nieheteroseksualnych [4–9]. Liczebność analizowanych prób wahała się od kilkudziesięciu do blisko 7 000 osób. Badani mężczyźni mieścili się w przedziale wiekowym 18–70 lat. Respondentów przyporządkowywano do grupy MNH na podstawie deklarowanej preferowanej płci partnerów (pociągu seksualnego) [9], podejmowania aktywności seksualnej z mężczyznami w ciągu minionych 12 miesięcy lub całego życia (deklaracji zachowania) [5–8] lub deklarowanej tożsamości (samoidentyfikacji) [4]. Poza wspomnianymi deklaracjami, w celu określenia orientacji seksualnej badacze stosowali także 7-punktową skalę Kinseya [7, 10]. W czterech z prac autorzy określali badanych

¹ W przedstawionym badaniu brały udział także kobiety. W tabeli uwzględniono jedynie dane dotyczące mężczyzn

MNH po prostu jako „mężczyzn mających seks z mężczyznami” (Men having Sex with Men – MSM) [5, 8, 10, 11]. Kategorię mężczyzn homoseksualnych wyróżniono w czterech [4, 6, 7, 9], a biseksualnych w dwóch badaniach [7, 9]. Odmienny zabieg pod tym względem wykonali Lau, Kim i Tsui [6], traktując mężczyzn bi- i heteroseksualnych jako wspólną grupę porównawczą dla mężczyzn homoseksualnych.

Dobór próby i zastosowane metody badawcze

Najczęstszym sposobem rekrutacji badanych był tak zwany dobór celowy polegający na rekrutacji jak największej liczby osób mieszczących się w spektrum zainteresowania badaczy [4, 6, 7, 10, 11]. Poza doborem celowym stosowano również w pełni losowy schemat doboru próby – próba losowana z populacji mieszkańców [5], schemat pseudolosowy – losowanie z puli osób zarejestrowanych w internetowym panelu badawczym, a także badanie populacyjne stworzone na podstawie bazy urodzeń bliźniaczych w Finlandii [8].

Spśród metod badawczych największą popularnością cieszyła się przeznaczona do samodzielnego wypełnienia ankieta internetowa [4, 6, 7, 9–11]. Wśród zastosowanych metod pojawiły się również ankieta pocztowa [8] oraz ankieta telefoniczna [5].

Badane dysfunkcje seksualne i metody ich identyfikacji

Dysfunkcjami seksualnymi, które oceniano, najczęściej były zaburzenia erekcji [4–7, 9–11] oraz przedwczesna ejakulacja [4–11]. Podejmowano się również identyfikacji: obniżonego pożądania seksualnego [5–7, 9, 10], trudności w osiągnięciu orgazmu [5–7, 9], opóźnionej ejakulacji [8], lęku zadaniowego [5–7, 9], odczuwania bólu w trakcie stosunku seksualnego [5–7, 9], braku odczuwania przyjemności [5–7, 9] oraz uzależnienia od seksu [10].

Wśród metod identyfikacji dysfunkcji seksualnych w analizowanych badaniach zastosowano rozwiązania przyjęte w amerykańskim badaniu National Health and Social Life Survey (NHSLs) [5–7], tj. pytania oparte na czterofazowym modelu odpowiedzi seksualnej Mastersa i Johnsona w modyfikacji Kaplan, standaryzowane kwestionariusze samoopisowe [9–11] oraz niestandaryzowane metody autorskie [4, 8].

Posługiwano się kwestionariuszami służącymi do oceny zarówno wielu różnych dysfunkcji seksualnych, jak np. Questionnaire for Screening Sexual Dysfunctions (QSSD) [9] czy International Index of Erectile Function (IIEF) [11], jak i dedykowanymi specyficznym dysfunkcjom, jak np. Index of Premature Ejaculation (IPE) [10] i Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) [11]. Niektórzy badacze użyli kwestionariuszy w wersji zmodyfikowanej dla kategorii MNH [10, 11] lub zaadaptowanego modułu kwestionariusza Female Sexual Functioning Index (FSFI) poświęconego bólowi w celu identyfikacji anodyspareunii [10].

Metody autorskie zastosowane przez zespół Bancrofta [4] opierały się na dwóch pytaniach dotyczących występowania problemów z osiągnięciem/utrzymaniem erekcji (kiedykolwiek oraz w czasie minionych trzech miesięcy) oraz jednego pytania dotyczącego przedwczesnej ejakulacji. Autorską metodę użytą przez zespół Jerna

[8] zastosowano w formie liczącego 10 pytań kwestionariusza. Pytania dotyczyły wyłącznie problematyki związanej z ejakulacją.

Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań

W badaniu Bancrofta i wsp. [4] trudności związane z erekcją podawane były częściej przez mężczyzn homoseksualnych niż heteroseksualnych i to zarówno dla okresu ostatnich trzech miesięcy, jak i obejmującego całość dotychczasowego życia. Jednak główne różnice wystąpiły w opisach częstotliwości pojawiania się tych trudności: „okazyjnie” (33 % vs. 23%) i „mniej niż połowę czasu” (6,5% vs. 4%), przy braku istotnych różnic dla występowania tych problemów „przez większość czasu”. Inny wzorec odpowiedzi wyłonił się z oceny problemu przedwczesnej ejakulacji, gdzie mężczyźni heteroseksualni istotnie częściej wskazywali na jej występowanie „przez większość czasu” niż mężczyźni homoseksualni (7% vs. 4,5%). Status związku nie wpływał na prawdopodobieństwo zgłoszenia problemów z erekcją lub z szybką ejakulacją u mężczyzn homoseksualnych. Jednak w przypadku porównywanej grupy mężczyzn heteroseksualnych mężczyźni nie będący obecnie w związku rzadziej podawali problemy zarówno z erekcją, jak i przedwczesną ejakulacją niż pozostający w związkach. Wśród zmiennych psychologicznych najsilniejszym predyktorem problemów z erekcją w obu grupach okazał się lęk zadaniowy, który w przypadków mężczyzn homoseksualnych był wyższy niż mężczyzn heteroseksualnych.

Lau, Kim i Tsui przeprowadzili badania [5] na losowej próbie mieszkańców Hongkongu, które wykazały, że niemal połowa badanych MSM zgłosiła występowanie co najmniej jednej spośród badanych dysfunkcji seksualnych. Co trzeci zgłaszający występowanie tego typu dolegliwości określał je jako bardzo utrudniające codzienne funkcjonowanie. Najczęstszymi były przedwczesna ejakulacja (22%), nieodczuwanie przyjemności podczas seksu oraz utrata zainteresowania seksem (po 20%). Problemy z osiągnięciem/utrzymaniem erekcji, niemożnością doświadczenia orgazmu lub lękiem zadaniowym zgłaszał co dziesiąty badany. Najrzadziej zgłaszaną dysfunkcją był ból doświadczany podczas stosunku seksualnego (4%). Porównanie częstości występowania poszczególnych dysfunkcji w populacji mężczyzn heteroseksualnych i MSM wykazało mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia przedwczesnej ejakulacji w drugiej grupie. Tę samą grupę cechowało jednocześnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia utraty zainteresowania seksem, niż miało to miejsce w grupie mężczyzn heteroseksualnych.

Ci sami badacze w artykule opublikowanym dwa lata później [6] wykazali związek pomiędzy występowaniem dysfunkcji seksualnych u MSM a brakiem posiadania stałego miejsca zatrudnienia oraz identyfikacją bi- lub heteroseksualną. Większy odsetek dysfunkcji seksualnych deklarowali także MNH rekreacyjnie używający substancji psychoaktywnych oraz podejmujący wiele ryzykowanych zachowań seksualnych. Analiza pod kątem korelatów występowania poszczególnych dysfunkcji wykazała istnienie wyraźnego związku pomiędzy odczuwaniem bólu podczas stosunku seksualnego a podejmowaniem seksu analnego bez zabezpieczeń oraz pomiędzy nieodczuwaniem przyjemności z seksu a nadużywaniem alkoholu przed stosunkiem. Szczególnie ważnym wątkiem w badaniach nad seksualnością populacji MNH jest dyskryminacja ze względu

na orientację seksualną. W omawianym badaniu [6] MSM doświadczający dyskryminacji ze względu na swoją orientację seksualną byli bardziej narażeni na wystąpienie zaburzeń erekcji i przedwczesnej ejakulacji. Z kolei MSM zaniepokojeni swoją orientacją seksualną z większym prawdopodobieństwem doświadczali lęku przed podjęciem aktywności seksualnej lub dysfunkcją seksualną, a ci, którzy byli nią zawstyżeni, byli bardziej narażeni na nieodczuwanie przyjemności podczas seksu i brak satysfakcji seksualnej.

W badaniu przeprowadzonym przez Hirshfielda i wsp. [7] najczęściej zgłaszanymi problemami seksualnymi przez badanych MNH było obniżenie popędu seksualnego (57%), problemy z erekcją (45%), lęk zadaniowy (44%), nieodczuwanie przyjemności podczas seksu (37%), niemożność osiągnięcia orgazmu (36%), przedwczesna ejakulacja (34%) i ból podczas seksu (14%). Problemy seksualne zgłaszane były częściej przez mężczyzn młodych, niepozostających w związku i zakażonych wirusem HIV.

W fińskim badaniu Jerna i wsp. [8] poświęconemu zaburzeniom ejakulacji nie wykazano ich bezpośredniego związku z orientacją seksualną, jednak dopiero po uwzględnieniu pośredniczącej roli częstości podejmowania aktywności seksualnej i różnic w zakresie dominujących sposobów osiągania wytrysku pomiędzy badanymi grupami mężczyzn. Zasadniczo jednak w grupie mężczyzn nieheteroseksualnych problem opóźnionej ejakulacji występował częściej niż u mężczyzn heteroseksualnych.

Ciekawe badanie dotyczące zdrowia seksualnego opublikowane zostało przez zespół badaczek holenderskich – Kuypers i Vanwesenbeeck [9]. Autorki podjęły się oceny różnic związanych ze zdrowiem seksualnym pomiędzy osobami homo-, bi- i heteroseksualnymi. Wśród badanych zmiennych kształtujących występowanie dysfunkcji seksualnych, oprócz czynników demograficznych i związanych z zachowaniem seksualnym, ocenie poddano udział stresu mniejszościowego. W tym celu poza analizami międzygrupowymi (osoby homoseksualne i biseksualne vs. osoby heteroseksualne) przeprowadzono analizy wewnątrzgrupowe (tylko osoby homoseksualne i biseksualne). W badaniu tym nie wykazano co prawda różnic w zakresie poziomu satysfakcji seksualnej i częstości występowania dysfunkcji seksualnych pomiędzy mężczyznami o różnych orientacjach seksualnych, jednak mężczyźni homo- i biseksualni istotnie częściej zgłaszali potrzebę opieki nad zdrowiem seksualnym niż mężczyźni heteroseksualni. Dodatkowo zaobserwowano negatywną korelację pomiędzy zinternalizowaną homofobią a poziomem satysfakcji seksualnej. Poziom nasilenia zinternalizowanej homofobii wykazał także pozytywną korelację z częstością występowania dysfunkcji seksualnych w grupie MNH.

Kolejne badanie, w którym poddano ocenie czynniki ryzyka wystąpienia dysfunkcji seksualnych u MSM, było badanie Shindela i wsp. [11]. Występowanie zaburzeń erekcji związane było z wiekiem, objawami bólowymi podczas oddawania moczu, nosicielstwem HIV, wcześniejszym korzystaniem z leczenia poprawiającego erekcję, nieangażowaniem się w stosunek analny jako tzw. partner aktywny oraz brakiem satysfakcji z życia seksualnego. Bycie w stałym związku zmniejszało prawdopodobieństwo występowania tego problemu. Nieco odmienny wzorec ujawnił się w przypadku ryzyka wystąpienia przedwczesnej ejakulacji. Wraz ze wzrostem wieku oraz liczby partnerów seksualnych w ciągu życia zmniejszała się szansa jej wystąpienia. Ból podczas oddawania moczu, dodatni wynik testu na HIV oraz ogólny brak satysfakcji z życia seksualnego sprzyjały występowaniu problemów przedwczesnej ejakulacji u badanych MSM.

W badaniu przeprowadzonym na próbie belgijskich MSM [10] występowanie problemów z erekcją zadeklarowało 45% respondentów. Wśród najważniejszych predyktorów zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia tych problemów znalazły się: wiek (ryzyko wystąpienia wzrastało wraz z wiekiem respondenta), brak stałego związku, przyjmowanie pasywnej oraz zmiennej roli w trakcie stosunku seksualnego, występowanie ogólnych problemów z libido oraz ejakulacją. Wśród metod stosowanych w celu radzenia sobie z problemami z erekcją najpopularniejsze okazały się leki, w tym te dostępne bez recepty. Większość spośród sięgających po nie MSM (83%) była zadowolona z uzyskanych efektów.

Podsumowanie najważniejszych wyników omawianych badań przedstawia tabela 2.

Tabela 2. **Badania nad dysfunkcjami seksualnymi u MNH – główne wyniki**

Autorzy	Czas występowania dysfunkcji	Występowanie dysfunkcji seksualnych u MNH, wyniki mężczyzn heteroseksualnych w nawiasie
Bancroft i wsp., 2005 [4]	3 mies. przed badaniem	ED = 47% (21%)
	w trakcie całego życia	ED = 58% (46%), PE = 43% (56%)
Lau, Kim i Tsui, 2006 [5]	12 mies. przed badaniem	ED = 9% (10%), PE = 22% (37%), LSD = 20% (11%), OD = 9% (9%), PA = 11% (20%), Psex = 3,6% (4,2%), Usex = 20% (15%)
Lau, Kim i Tsui, 2008 [6]	12 mies. przed badaniem	ED = 6,3%, PE = 10,4%, LSD = 8,3%, OD = 5,6%, PA = 18,7 %, Psex = 13,8%, Usex = 13,8%
Hirshfield i wsp., 2010 [7]	12 mies. przed badaniem	ED= 45%, PE = 34%, LSD = 57%, OD = 36%, PA = 44%, Usex = 37%, Psex = 14%
Jern i wsp., 2010 [8]	–	brak danych
Kuyper i Vanwesenbeec, 2011 [9]	12 mies. przed badaniem	14–15% (16%) zgłosiło występowanie co najmniej jednej z dysfunkcji seksualnych (LSD, ED, PA, Usex, OD, PE lub Psex)
Vansintejan i wsp., 2013 [10]	6 mies. przed badaniem	ED = 45%
Shindel i wsp., 2012 [11]	6 mies. przed badaniem	ED: 25% przyznało się do stosowania leków na poprawę erekcji, 19,3% prosiło lekarza o poradę w sprawie problemów z erekcją
	w trakcie całego życia	około 17%

DE – opóźniona ejakulacja, ED – problemy z osiągnięciem erekcji, LSD – obniżenie popędu seksualnego, PE – przedwczesna ejakulacja, PA – lęk przed niską oceną sprawności seksualnej (tzw. lęk zadaniowy), OD – trudności w osiągnięciu orgazmu, Psex – odczuwanie bólu w trakcie stosunku seksualnego, Usex – nieodczuwanie przyjemności podczas seksu

Źródło: opracowanie własne.

Wnioski dla dalszej pracy badawczej

Krytyczną analizę przedstawionego piśmiennictwa należy rozpocząć od omówienia ograniczeń wynikających z zastosowanego w większości badań celowego doboru

próby. Uzyskanych w ten sposób danych nie można uznać za reprezentatywne dla badanej populacji. Ocena rozpowszechniania występowania dysfunkcji seksualnych wśród MNH powinna opierać się więc przede wszystkim na danych uzyskanych z badań z losowym doбором próby [5] lub na badaniach populacyjnych [8]. Ta sama zasada dotyczy porównywania wyników uzyskiwanych w populacji hetero- i nieheteroseksualnej. Rezultaty omawianych badań prowadzonych na próbach nielosowych odzwierciedlają tendencje występujące w populacji, nie należy jednak przywiązywać wagi do ich surowej wartości. Porównywanie wyników uzyskiwanych przez mężczyzn hetero- i nieheteroseksualnych w tym przypadku obciążone jest dodatkowym problemem w postaci wyraźnie odmiennych charakterystyk analizowanych grup. Niektórzy autorzy badań nielosowych próbowali radzić sobie z tą sytuacją, dobierając respondentów do grup w taki sposób, by odpowiadały sobie one pod względem uśrednionych wartości wieku i innych zmiennych demograficznych [4, 5]. Sposób ten, podobnie jak stosowanie przez autorów modeli regresji logistycznej, nie rozwiązuje bardzo wielu problemów wynikających ze zróżnicowania badanych grup i nie jest pomocny w poszukiwaniu zależności przyczynowych [12]. Do dobrych praktyk pozwalających na uniknięcie opisywanych kłopotów należy stosowanie technik matchingowych, pozwalających na dobieranie tzw. bliźniaków statystycznych [12]. Stosowanie tego rodzaju technik analitycznych stanowi zdaniem autorów pożądaný kierunek dalszych badań prowadzonych nad dysfunkcjami seksualnymi MNH.

Analizowane badania różnią się ponadto sposobem identyfikowania dysfunkcji seksualnych. Różnice dotyczące m.in. przyjętych definicji, stosowanych pytań i narzędzi diagnostycznych sprawiają, że trudno porównywać ze sobą wyniki poszczególnych badań, a tym bardziej trafnie oszacować skalę występowania danego problemu. Dodatkową kwestią jest fakt, iż kryteria diagnostyczne dla wybranych dysfunkcji opracowano jedynie z myślą o mężczyznach heteroseksualnych, jak w przypadku przedwczesnego wytrysku [13]. Za dobrą praktykę można uznać w tym przypadku stosowanie standaryzowanych kwestionariuszy samoopisowych [9–11] lub standardowych pytań diagnostycznych [13].

Ważnym kierunkiem badawczym jest uwzględnienie czynników specyficznych dla populacji MNH i ich potencjalnego związku z dysfunkcjami seksualnymi. W analizowanych badaniach podjęto temat zinternalizowanej homofobii i doświadczania dyskryminacji [6, 9], a także występowania anodyspareunii oraz roli przyjmowanej w trakcie aktywności seksualnej [10]. W świetle przedstawionych danych wyzwaniem stojącym przed przyszłymi badaczami jest właśnie weryfikacja występowania związku pomiędzy czynnikami specyficznymi dla populacji MNH a występowaniem poszczególnych dysfunkcji seksualnych.

Jednym z ważnych tematów praktycznie nie podjętych w analizowanych badaniach jest zagadnienie radzenia sobie z dysfunkcjami seksualnymi przez MNH, tak jak to zrobili autorzy jednego z badań nad populacją mężczyzn z przedwczesną ejakulacją [14]. Inny ważny do podjęcia temat to próba odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób MNH reagują na pojawiające się dysfunkcje i czy wywołują one zmiany w ich życiu seksualnym lub wpływają na relacje w związkach.

Wnioski dla praktyki klinicznej

Najważniejszy wniosek dla praktyki klinicznej płynący z dotychczas przeprowadzonych badań być może jest oczywisty, ale niezmiernie istotny: mężczyźni nieheteroseksualni także cierpią z powodu dysfunkcji seksualnych. Równocześnie życie w ukryciu, w tym ukrywanie informacji na temat swojej orientacji seksualnej przed lekarzem, oraz występująca także w populacji mężczyzn heteroseksualnych trudność w poruszaniu problemów seksuologicznych, wymagają dodatkowego uwzględnienia.

Proces diagnostyczny w kierunku dysfunkcji seksualnych u MNH wymaga poszerzenia wywiadu o problemy dla nich swoiste, takie jak ból u receptywnego partnera podczas stosunku analnego [10]. Należy pamiętać, że niektóre kryteria diagnostyczne opracowano bez uwzględnienia MNH. Dla przykładu kryterium czasowe wewnątrzpochwowej latencji wytrysku krótszej od minuty, jako jeden z wyznaczników rozpoznania przedwczesnej ejakulacji, nie ma zastosowania w przypadku seksu analnego ani żadnych innych praktyk seksualnych [13]. Klinicysta powinien w tym przypadku skupić się raczej na innych cechach charakteryzujących ten problem (brak kontroli, cierpienie, wpływ na relację partnerską). Pomocne mogą okazać się pytania zalecane przez Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Seksualnej [13].

Należy również pamiętać o specyficznych stresorach oddziałujących na MNH opisanych w ramach modelu stresu mniejszościowego [15]. Będą to m.in. brak akceptacji i negatywna ocena ze strony najbliższego otoczenia i samego siebie (zinternalizowana homofobia), a także doświadczanie dyskryminacji i wrogości ze względu na orientację seksualną. Jako dobrą praktykę w pracy klinicznej z MNH można więc zalecić poszerzenie oceny występowania dysfunkcji seksualnych o kontekst doświadczanego stresu mniejszościowego, a także uwzględnienie go w późniejszej pracy terapeutycznej.

Inne kwestie, które należy brać pod uwagę w tej grupie pacjentów, to infekcja HIV i jej wpływ na funkcjonowanie seksualne, możliwy związek dysfunkcji seksualnych z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi oraz używaniem substancji psychoaktywnych.

Świadomy klinicysta powinien także poznać szerszy psychospołeczny i kulturowy kontekst życia mężczyzn nieheteroseksualnych i wynikającą z niego specyfikę seksualności gejowskiej. Powyższe zagadnienia opisaliśmy szerzej w naszej innej pracy [3].

Podsumowanie

Problem męskich dysfunkcji seksualnych zajmuje ważne miejsce w literaturze seksuologicznej, jednak wiedza dotycząca tych problemów w grupie mężczyzn nieheteroseksualnych jest niewystarczająca. Wiele pytań pozostaje bez satysfakcjonującej odpowiedzi: 1) Jak MNH radzą sobie z problemami seksualnymi? 2) Jak wpływają one na ich życie i funkcjonowanie? 3) Czy istnieją problemy seksualne swoiste dla tej grupy? 4) Jak je diagnozować i badać? 5) Jak szczególnie kontekst psychospołeczny wpływa na realizację i funkcję seksualną MNH?

Piśmiennictwo

1. Neal C, Davies D red. *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual and transgender clients*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2000.
2. Pereza RM, DeBorda KA, Bieschke KJ. red. *Podręcznik poradnictwa i psychoterapii osób homoseksualnych i biseksualnych*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii; 2014.
3. Grabski B, Kasperek K. *Problemy seksualne u mężczyzn homo – i biseksualnych – omówienie kontekstu zagadnienia*. Psych. Pol. 2017; 51(1): 75-83
4. Bancroft J, Carnes L, Janssen E, Goodrich D, Long JS. *Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men*. Arch. Sex. Behav. 2005; 34: 285–297.
5. Lau JTF, Kim JH, Tsui HY. *Prevalence and factors of sexual problems in Chinese male and females having sex with the same-sex partner in Hong Kong: a population-based study*. Int. J. Impot. Res. 2006; 18: 130–140.
6. Lau JTF, Kim JH, Tsui HY. *Prevalence and sociocultural predictors of sexual dysfunction among Chinese men who have sex with men in Hong Kong*. J. Sex. Med. 2008; 5: 2766–2779.
7. Hirshfield S, Chiasson MA, Wagmiller RL, Remien RH, Humberstone M, Scheinmann R, Grov C. *Sexual dysfunction in an Internet sample of U.S. men who have sex with men*. J. Sex. Med. 2010; 7: 3104–3114.
8. Jern P, Santtila P, Johansson A, Alanko K, Salo B, Sandnabba NK. *Is there an association between same-sex sexual experience and ejaculatory dysfunction?* J. Sex Marital Ther. 2010; 36: 303–312.
9. Kuyper L, Vanwesenbeeck I. *Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: the role of sociodemographics, sexual behaviour characteristics, and minority stress*. J. Sex Res. 2011; 48: 263–274.
10. Vansintjean J, Vandevoorde J, Devroey D. *The gay men sex studies: erectile dysfunction among Belgian gay men*. Int. J. Gen. Med. 2013; 6: 527–534.
11. Shindel AW, Vittinghoff E, Breyer BN. *Erectile dysfunction and premature ejaculation in men who have sex with men*. J. Sex. Med. 2012; 9: 576–584.
12. Rosenbaum PR, Rubin DB. *The central role of the propensity score matching in observational studies for causal effects*. Biometrika 1983; 70: 41–55.
13. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG. i wsp. *An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation*. J. Sex. Med. 2014; 11: 1392–1422.
14. Porst H, Montorosi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. *The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking*. Eur. Urology 2007; 51: 816–824
15. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychol. Bull. 2003; 5: 674–697.

Adres: Bartosz Grabski
Pracownia Seksuologii
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 9.04.2016

Zrecenzowano: 19.06.2016

Przyjęto do druku: 19.06.2016